

CONDICIONES GENERALES

SURNE VIDA

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de Seguros Privados, por las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables y por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales de la Póliza.

El Estado miembro y autoridad a quienes corresponde el control de la actividad de la Entidad son España y la Dirección General de Seguros y Fondos de pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad

El artículo 2º de la citada Ley de Contrato de Seguro establece que serán válidas las cláusulas contractuales, distintas de las legales, que sean más beneficiosas para el Mutualista. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza sólo serán válidas con la previa aprobación, por escrito, del suscriptor de la póliza como pacto adicional a las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos. La Entidad tiene a disposición de los interesados las Bases y Métodos utilizados para el cálculo de las Provisiones Técnicas.

ARTICULO PRELIMINAR-DEFINICIONES DE LOS ELEMENTOS DEL CONTRATO

Para los efectos de este contrato se entiende por:

MUTUA

SVRNE, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza, a cambio de la prima.

TOMADOR-MUTUALISTA

La persona física o jurídica que, juntamente con la Mutua, suscribe este contrato. Le corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado/s y/o Beneficiario/s.

ASEGURADO

La persona física sobre cuya vida se contrata el seguro y que en defecto del Tomador-Mutualista asume las obligaciones derivadas del contrato.

BENEFICIARIO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será la persona física o jurídica designada en las Condiciones Particulares de la póliza y en su defecto el establecido en estas Condiciones Generales, como titular del derecho a la indemnización. En caso de invalidez del Asegurado el Beneficiario será el propio Asegurado.

POLIZA

El documento que materializa el contrato de seguro y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza:

- La Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud.
- Las Condiciones Generales del Contrato que regulan las coberturas suscritas y el funcionamiento del contrato
- Las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales
- Las Condiciones Especiales, si procediesen, y los Apéndices o Suplementos que se emitan a la póliza para completarla o modificarla.

SINIESTRO

Es todo hecho indemnizable por la póliza.

CAPITAL GARANTIZADO

Es el importe, fijado en las Condiciones Particulares de la póliza, que deberá satisfacer la Mutua al beneficiario/s en caso de siniestro, bien como capital único o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas.

EDAD ACTUARIAL

La edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

PRIMA

Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, en cada momento.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

Se entiende por Invalidez Permanente Total la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades mentales del Asegurado, de carácter permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite para la realización de su trabajo habitual especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

Se entiende por Invalidez absoluta la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del Asegurado de carácter Permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite para todo trabajo y actividad laboral o profesional de modo Definitivo, aun con fines terapéuticos.

GRAN INVALIDEZ

La situación física irreversible provocada por un accidente o enfermedad que determine la necesidad de asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, que sea declarada o reconocida por el Organismo público competente.

ACCIDENTE

La lesión corporal sobrevenida al Asegurado que se deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. En todo caso, se considerarán accidentes todos aquellos hechos catalogados como tal por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes.

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Tendrá tal consideración los accidentes derivados de hechos de la circulación en los términos previstos el artículo 2 del Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, o la legislación que la sustituya o modifique y esté en vigor en cada momento y, además y en todo caso:

- ✓ Los accidentes acaecidos al Asegurado como peatón causado por un vehículo de cualquier tipo.
- ✓ Los sufridos por el Asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre de cualquier tipo, incluyendo bicicletas.
- ✓ Los sufridos como usuario o pasajero de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

ARTICULO 1: OBJETO DEL SEGURO

La Mutua garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza:

1. Garantía Principal:

- ⇒ **Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento por accidente o enfermedad)**

2. Garantías complementarias Estas garantías no podrán contratarse separadamente de la garantía principal y el capital asegurado no podrá ser superior al doble de la garantía principal.

- ⇒ **Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente o enfermedad**
- ⇒ **Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente o enfermedad**
- ⇒ **Gran Invalidez por accidente o enfermedad**

El pago por incapacidad permanente supone la extinción de toda obligación posterior respecto a ese asegurado

3. Garantías complementarias derivadas de accidente: Estas garantías no podrán contratarse separadamente de la garantía principal y el capital asegurado no podrá ser superior al doble de la garantía principal.

Siempre que consten suscritas alguna o algunas de las garantías que se indica a continuación, la Mutua abonará en caso de siniestro derivado de accidente el capital adicional previsto en las condiciones particulares.

El siniestro tiene que haber ocurrido de forma inmediata al accidente o en el transcurso de un año a contar desde su ocurrencia. En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia de dicho accidente.

- ⇒ **Fallecimiento por accidente**

Condiciones Generales Vida

Póliza de Seguro Anual Renovable. V 07/2016

- ⇒ Incapacidad Permanente por accidente
- ⇒ Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente
- ⇒ Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente

4. Garantías complementarias derivadas de accidente de circulación Estas garantías no podrán contratarse separadamente de la garantía principal y de las de accidente y el capital asegurado no podrá ser superior al triple y doble respetivamente.

Siempre que consten suscritas alguna o algunas de las garantías que se indica a continuación, la Mutua abonará en caso de siniestro por accidente de circulación el capital adicional previsto en las condiciones particulares.

El siniestro tiene que haber ocurrido de forma inmediata al accidente o en el transcurso de un año a contar desde su ocurrencia. En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia de dicho accidente.

- ⇒ Fallecimiento por accidente de circulación
- ⇒ Incapacidad Permanente por accidente de circulación
- ⇒ Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente de circulación
- ⇒ Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente de circulación

5. Fallecimiento de ambos cónyuges por accidente. Esta garantía no podrá contratarse separadamente de la garantía principal ni de la garantía de fallecimiento por accidente.

Siempre que conste suscritas esta garantía, la Mutua abonará el capital adicional indicado en las condiciones particulares en caso de fallecimiento del asegurado y de su cónyuge, a consecuencia de un mismo accidente, siempre y cuando hubiera hijos menores de 18 años o discapacitados a su cargo en el momento del fallecimiento.

A efectos de esta garantía regirán las mismas exclusiones que para el fallecimiento por accidente o accidente de circulación.

6. Anticipo por Diagnóstico de cáncer de Mama. Esta garantía no podrá contratarse separadamente de la garantía principal.

Siempre que conste suscritas esta garantía, la Mutua anticipará el 5% del capital de fallecimiento con un límite de 10.000 € en caso de detección de cáncer de mama.

Se considera cáncer de mama un tumor maligno caracterizado por crecimiento y expansión incontrolada de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal, que no sea consecuencia directa de una metástasis o un cáncer formado en otra parte del cuerpo.

Se excluyen:

- Tumores de mama preexistentes a la contratación de la póliza.
- Cualquier tumor detectado en un paciente afectado de infección por VIH.
- Tumores de mama que histológicamente se describen como pre-malignos, como invasores, o como cáncer in situ.
- Carcinoma de la mama T1N0M0 menor de 2cm de diámetro.

7. Gran Invalidez Plus por accidente

Esta garantía no podrá contratarse separadamente de la garantía principal ni de la garantía de fallecimiento por accidente.

Siempre que conste suscrita esta garantía, la Mutua abonará contra factura los siguientes gastos siempre y cuando resultaren necesarios:

- a) COBERTURA DE GASTOS DE REFORMA PARA LA ADECUACIÓN DE LA VIVIENDA.
En caso de una Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de reforma para la adecuación de la vivienda habitual del asegurado (instalación de rampas de acceso a sillas de ruedas, sistemas de alerta, etc.). La Compañía asumirá el 80% del coste de la reforma, hasta un máximo de 6.000 €.
- b) COBERTURA DE GASTOS DE REFORMA PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO
En caso de una Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de reforma para la adecuación del vehículo del asegurado (instalación de rampas de acceso a sillas de ruedas,

sistemas de alerta, etc.). La Compañía asumirá el 80% del coste de la reforma, hasta un máximo de 6.000 €.

c) **SUMINISTRO DE SILLA DE RUEDAS.**

Por la presente mejora se ofrece, si resultara necesario, el suministro de silla de ruedas con los accesorios mecánicos, eléctricos y motrices que sean necesarios para la mejor adaptación de aquella a las necesidades del asegurado afecto de una Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza, hasta un máximo de 3.000 €.

d) **REEMBOLSO DE GASTOS DE APARATOS DE ORTOPEDIA.**

La Compañía Aseguradora reembolsará el 80% del coste de la factura, hasta un máximo de 3.000 €, destinada a sufragar los gastos para la adquisición de cualquier prótesis ortopédica que precise el asegurado con el objeto de corregir las lesiones residuales producidas por un Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza. A efectos de esta garantía regirán las mismas exclusiones que para la invalidez por accidente o accidente de circulación

El siniestro tiene que haber ocurrido de forma inmediata al accidente o en el transcurso de un año a contar desde su ocurrencia. En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia de dicho accidente.

ARTICULO 2: HECHOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

No tendrán consideración de hechos susceptibles de prestación y, por tanto, en ningún caso quedan cubiertos:

- **Para el caso de Fallecimiento**

- El suicidio consciente o inconsciente, y las autolesiones, en ambos casos ocurridos durante el primer año de vigencia de la póliza.
- En el supuesto de que el Beneficiario o los Beneficiarios de la póliza causen dolosamente un siniestro, se invalidará la parte correspondiente al Beneficiario o Beneficiarios culpables, sin que se produzca la pérdida de los derechos que le corresponda al resto de los mismos.
- Cuando el fallecimiento tenga lugar en países en estado de guerra, cualquiera que sea el carácter de ésta, en el que el asegurado tenga fijada su residencia.
- Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros, entre ellos:
 - a) Los de carácter político o social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.
 - b) Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar.
 - c) Los que sean a consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos

- **Para el caso de Incapacidad en cualquiera de sus grados**

- Aquellos acontecimientos de carácter extraordinario o catastrófico, entre ellos:
 - d) Los de carácter político o social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.
 - e) Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar.
 - f) Los que sean a consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos
- Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar.

- Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Los ocasionados por actos delictivos del Asegurado o como consecuencia de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave, declaradas así judicialmente, así como los derivados de la participación del Asegurado en peleas, desafíos, apuestas o riñas salvo que, en este último caso, hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Los siniestros provocados intencionadamente por el Asegurado, como tentativa de suicidio, consciente o inconsciente, y las autolesiones durante el primer año de vigencia de la póliza.
- Los ocasionados por la conducción de vehículos a motor, si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, quedando por tanto excluidas todas aquellas personas menores de 18 años del riesgo de conducción de automóviles.
- Los siniestros derivados de accidente o enfermedad que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o alcoholismo, o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.

En cualquier caso, no se otorgará la prestación cuando el fallecimiento o la invalidez se deban a enfermedades o defectos congénitos o adquiridos, ya existentes antes de suscribir o ampliar la cobertura de la póliza, así como cuando existan alcoholismo y/o drogadicción, siempre que tales circunstancias fueran conocidas por el asegurado y no hayan sido previamente declaradas.

- Para las GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE DERIVADOS DE UN ACCIDENTE las exclusiones de la póliza únicamente son las siguientes:
 - Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado su definición, así como los que violen cualquier disposición legal.
 - Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes u ocurridos cuando el asegurado esté en estado de embriaguez, entendiéndose por tal cuando presente una tasa de alcohol superior a la permitida por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor, así como los que tengan lugar en estado de enajenación mental o sonambulismo.
 - Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.
 - Aquellos acontecimientos que tengan la consideración legal de extraordinarios
 - Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar
 - Los siniestros producidos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación deportiva, Organismo o Club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.
 - Ejercicio no profesional de deportes arriesgados. Se consideran arriesgados:
 - Deportes de artes marciales, boxeo, karate y lucha corporal,
 - Deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores, y similares).
 - Deportes submarinos con empleo de aparatos de respiración.
 - Automovilismo y motociclismo.
 - Alpinismo, la escalada, incluyendo la travesía de glaciares y la espeleología, el rafting y el puenting.
 - Derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
 - Equitación y el polo
 - Ejercicio de la caza mayor
 - Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y eventos cerebrovasculares, así como las lesiones corporales y consecutivas a operaciones realizadas por el Asegurado sobre sí mismo.
 - Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

- **Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares, cervicales y el lumbago.**
- **Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.**
- **Las enfermedades infecciosas** (salvo que la penetración del virus en el cuerpo venga dada por una lesión producida por accidente cubierto en la póliza), **entre otras la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos.**
- **Las lesiones causadas por los rayos X, el radium y sus compuestos**, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro, algunos de los riesgos excluidos anteriormente, sólo si queda expresamente estipulado en las Condiciones Particulares y se abona la sobreprima correspondiente.

ARTICULO 3: DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones del Tomador-Mutualista y/o del Asegurado, en la Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud, que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente. Los mencionados documentos incluyen los datos personales, la profesión, datos relativos al estado de salud y, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la información aportada por el solicitante que a juicio de la Mutua sean necesarios para la determinación del riesgo. Estos documentos forman parte integrante de la póliza y constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Mutua no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Mutualista y/o Asegurado en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, correspondiendo a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes que la Mutua haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador-Mutualista la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá reclamar a la Mutua en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTICULO 4: OBLIGACION DE INFORMACION DURANTE SU VIGENCIA. AGRAVACION / DISMINUCION DEL RIESGO

1. El Tomador-Mutualista y/o el Asegurado tiene la obligación de comunicar, durante el curso del contrato, a la Mutua, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo, y que por su naturaleza, de haber sido conocidas en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o éste hubiera sido concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el asegurado no tienen la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo:

En tal caso, la Mutua puede proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada y el Tomador-Mutualista y/o Asegurado dispondrá de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los 8 siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva

La Mutua podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador-Mutualista y/o Asegurado, dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Mutualista o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación si aquél ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Mutua se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

2. El Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador-Mutualista y/o Asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Mutua deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTICULO 5: PERSONAS EXCLUIDAS DEL SEGURO

No serán asegurables las personas menores de 14 años o las personas legalmente incapacitadas, a tenor de lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

No son asegurables las personas que en el momento de contratación del seguro tengan 60 años.

ARTICULO 6: AMBITO TERRITORIAL

Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

ARTICULO 7: PERFECCION, EFECTOS Y DURACION DEL CONTRATO

1. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado mediante la suscripción de la póliza por las partes contratantes. El contrato de seguro y sus modificaciones deberán ser formalizadas por escrito. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

2. El presente contrato se realiza por el período de tiempo que se fije en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año, y así sucesivamente. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, efectuada con un plazo de, **al menos un mes de anticipación** a la conclusión del periodo del seguro en curso **cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador y de dos meses cuando sea el asegurador**, indicando su deseo de no mantener vigente el seguro.

La prórroga tácita no es aplicable a las pólizas contratadas con una duración inferior a un año. En estos casos, el Tomador-Mutualista podrá solicitar la prórroga del mismo con antelación a su término y, en caso de que sea aceptada por la Mutua se instrumentará mediante el suplemento un suplemento de condiciones particulares y tomará efecto en el momento en que se haya satisfecho la nueva prima.

ARTICULO 8: PAGO DE LAS PRIMAS

1. Período de tiempo para el pago de los recibos de prima:

El Tomador-Mutualista está obligado al pago de las primas de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de

esta póliza. Las partes podrán acordar el pago de la prima en forma fraccionada. En este caso, la primera de ellas será exigible en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en sus correspondientes vencimientos.

2. Domiciliación bancaria de los recibos de prima:

Las primas se satisfarán mediante la domiciliación bancaria de los recibos de prima. Se aplicarán las siguientes normas:

- A) El Tomador-Mutualista entregará a la Mutua carta dirigida a la Entidad Financiera, Banco o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
- B) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del mes siguiente a su vencimiento, no existiesen fondos suficientes. En este caso, la Mutua notificará al Tomador-Mutualista que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Mutua, y vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

3. Efectos de impago de la primera prima:

Conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible, una vez firmado el contrato. Si por culpa del Tomador-Mutualista la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación.

4. Consecuencias del impago de las primas sucesivas:

En caso de falta de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Mutua quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Mutua podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima o fracción, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin necesidad de notificación ni requerimiento por su parte. En cualquier caso, la Mutua, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera fracción de prima, se aplicará el mismo régimen que al impago de primas sucesivas

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido, conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador-Mutualista pagó la prima.

ARTICULO 9: PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

La indemnización será satisfecha por la Mutua al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y consecuencias de éste.

Se entenderá como fecha de ocurrencia de siniestro la siguiente:

- Garantías de fallecimiento: fecha de fallecimiento.
- Garantías de incapacidad: fecha a la que se retrotraigan los efectos económicos de la Resolución

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar a la Mutua el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de 15 días, contados a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro, salvo pacto en contrario pudiendo la Mutua reclamar los daños y perjuicios causados por no haber efectuado esta declaración salvo que se demuestre que ésta tuvo conocimiento del siniestro por otro medio. Así mismo, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado, deberán minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conseguir el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, liberará a ésta de toda obligación derivada del siniestro.

Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, la Mutua quedará igualmente liberada de toda obligación derivada del mismo.

Para obtener el pago, el Beneficiario deberá remitir a la Mutua los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

A) Muerte:

1. D.N.I. del Beneficiario/s.
2. Certificado médico de defunción del Asegurado y Certificado literal de defunción expedido por el Registro Civil.
3. Certificado del Registro General de Actos de última voluntad, y en su caso, copia del último testamento, del Acta de Notoriedad o de la Declaración Judicial de Herederos.
4. Cuando el Tomador-Mutualista y el Beneficiario sean personas distintas, Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o la declaración de exención.
5. A petición de la Mutua, el Beneficiario deberá exhibir el original de todos los documentos referidos en los párrafos anteriores.
6. Cualquier otro documento que la Mutua estime preciso para valorar la procedencia del pago de la prestación.

B) Invalidez:

1. D.N.I. del Asegurado.
2. Dictamen Propuesta y Resolución o Sentencia, expedida por el Organismo competente o acreditativa de la Incapacidad Permanente.
Cuando el asegurado no disponga de la Resolución expedida por el Organismo competente deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Mutua designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que, de acuerdo con la póliza dan derecho a indemnización.
3. Modelo 145: Impreso de comunicación al pagador de la situación personal y familiar del perceptor de rentas del trabajo.
4. Escrito del Tomador en el que indique si las primas del seguro son imputadas a los trabajadores y, en caso afirmativo, en qué porcentaje o cuantía.
5. Cuenta corriente del Asegurado utilizando los veinte dígitos (Entidad Bancaria /Agencia /Dígito de control /Número de cuenta)

Beneficiarios

En caso de fallecimiento y de no existir designación expresa de los Beneficiarios, lo serán a efectos del presente contrato por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

1º Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho legalmente constituida.

La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja

2º Hijos por partes iguales.

3º Padres, por partes iguales, o el superviviente de ambos.

4.º A falta de éstos, a quien en derecho corresponda.

En caso de incapacidad permanente del Asegurado será beneficiario el propio asegurado.

ARTICULO 10: RESCISION DEL CONTRATO

El Tomador-Mutualista del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza. La facultad unilateral de resolución deberá ejercitarse por escrito y producirá sus efectos desde el día de su expedición cesando la cobertura del riesgo y teniendo derecho el Tomador-Mutualista a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.

ARTICULO 11: EXTINCION, NULIDAD Y PRESCRIPCION DEL CONTRATO

Las garantías de la póliza se extinguirán en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

La póliza queda automáticamente extinguida en caso de que tenga lugar un siniestro cubierto por alguna de las garantías suscritas y la Mutua tiene derecho de hacer suya la prima no consumida.

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera ocurrido el siniestro.

Las acciones derivadas del contrato prescribirán a los cinco años de la fecha en que pudieron ejercitarse

ARTÍCULO 12 - PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Instancias de reclamación:

Podrán presentarse quejas y reclamaciones por escrito contra la entidad, personalmente o mediante representación, ante el Departamento de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente, así como en cualquier oficina abierta al público de la entidad.

Departamento de Atención al Cliente: Cardenal Gardoqui, 1-bajo
48008 Bilbao
T.: 94 479 22 05 Fax.: 94 416 19 55
Email: reclamaciones@surne.es

Defensor del Cliente: Marqués de la Ensenada, 2
28004 Madrid
T.: 91 310 40 43 Fax.: 91 308 49 91
Email: reclamaciones@da-defensor.org

En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que las instancias citadas en el párrafo anterior no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación.

ARTÍCULO 13 - TRÁMITE PERICIAL

De acuerdo con el trámite pericial previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de discrepancias sobre las causas del siniestro o su rehúse, y la valoración de la indemnización el Mutualista puede proceder al nombramiento de un perito Médico, comunicándoselo por escrito a la Mutua. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente a la entidad para que en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si la Mutua no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito Médico del asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

ARTICULO 14: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones de la Mutua se realizarán en el domicilio de los interesados, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado a la Mutua el cambio de domicilio.

Este contrato de seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales que anteceden y las Condiciones Particulares y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes. El Tomador-Mutualista/Asegurado declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en la presente póliza aceptándolas expresamente.

ARTÍCULO 15 - TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE")
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda

	realizar.
Legitimación (base jurídica)	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. Corredores de seguros. Profesionales médicos. Organismos públicos. Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	<ul style="list-style-type: none"> Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

ARTÍCULO 16- CLAÚSULA DEL CONSORCIO

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales:

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Condiciones Generales Vida

Póliza de Seguro Anual Renovable. V 07/2016

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse: – Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042). – A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

EL TOMADOR DEL SEGURO DECLARA HABER LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, ACEPTÁNDOLAS EXPRESAMENTE MEDIANTE DE LA FIRMA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

Condiciones Generales Vida

Póliza de Seguro Anual Renovable. V 07/2016

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

El Tomador

Compañía Aseguradora.
SVRNE

